



# QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE

## PRIMA VISITA NUTRIZIONALE

Ospedale San Gerardo



## PARTE 1: QUESTIONARIO GENERALE

### ANAGRAFICA:

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

1) È pensionato?

- ☐ SI
- ☐ NO

2) Svolge attività lavorative?

- ☐ NO

3) Ha degli hobby?

- ☐ SI (specificare quali: \_\_\_\_\_)
- ☐ NO

4) Soffre di qualche malattia?

- ☐ Patologie cardiovascolari (ad esempio ipertensione arteriosa, aritmie)  
\_\_\_\_\_
- ☐ Patologie metaboliche (ad esempio diabete mellito tipo I o II)  
\_\_\_\_\_
- ☐ Patologie endocrinologiche (ad esempio ipotiroidismo)  
\_\_\_\_\_
- ☐ Patologie gastrointestinali? (ad esempio reflusso gastroesofageo, diverticolosi)  
\_\_\_\_\_
- ☐ Dislipidemie (ad esempio ipertrigliceridemia, ipercolesterolemia)  
\_\_\_\_\_
- ☐ Altro \_\_\_\_\_

5) Assume farmaci o integratori?

- ☐ SI (specificare quali: \_\_\_\_\_)
- ☐ NO

6) Soffre di allergie alimentari e/o intolleranza al lattosio documentate?

- ☐ SI
- ☐ NO

7) È celiaco/a?

- ☐ SI
- ☐ NO

8) Ha mai avuto problemi nel percepire il gusto e l'odore dei cibi?

- ☐ SI
- ☐ NO

9) Ha difficoltà ad evacuare (es. stitichezza, diarrea)?

- ☐ SI
- ☐ NO

10) Ha difficoltà ad urinare?

- ☐ SI
- ☐ NO

11) Dentizione:

a) Ha ancora tutti i suoi denti?

- ☐ SI
- ☐ NO

b) Utilizza una protesi dentaria (fissa o mobile)?

- ☐ SI
- ☐ NO

c) Ha qualche problema a masticare (ad esempio non riesce a masticare bene la carne se è troppo dura o fibrosa, non riesce a masticare le verdure se troppo dure)?

- ☐ Sì, non riesco a masticare bene il cibo
- ☐ No, non ho nessun problema per qualsiasi tipo di cibo

12) Ha mai avuto difficoltà a deglutire i cibi solidi o i liquidi (ad esempio non riesce a deglutire, o le capita di tossire quando beve o mangia, o le rimane del cibo in bocca dopo aver deglutito oppure ha la sensazione di avere ancora "il cibo bloccato in gola" dopo aver deglutito)?

- ☐ SI
- ☐ No, non ho nessun problema quando mangio e bevo

## PARTE 2: QUESTIONARIO ALIMENTARE

- 1) Indicare peso e altezza:
  - ☐ Peso \_\_\_\_\_ Kg
  - ☐ Altezza \_\_\_\_\_ cm
- 2) Ha fatto diete in passato?
  - ☐ SI
  - ☐ NO
- 3) Le capita di saltare uno dei pasti principali (colazione, pranzo, cena)?
  - ☐ Non mi capita mai
  - ☐ Mi capita più di una volta a settimana
- 4) Solitamente tra i pasti principali mangia qualcosa (spuntino di metà mattina o merenda)?
  - ☐ SI
  - ☐ NO
- 5) Riesce a fare la spesa tranquillamente o ha difficoltà?
  - ☐ Riesco a fare la spesa da solo/a, oppure ho l'aiuto di qualcuno che la fa per me
  - ☐ Non riesco a fare la spesa e non ho aiuto per farla
- 6) Riesce a conservare adeguatamente gli alimenti (in frigorifero o nel congelatore)?
  - ☐ SI
  - ☐ NO
- 7) Riesce a cucinare e preparare i pasti?
  - ☐ Sì, preparo i pasti da solo/a oppure ho qualcuno che mi aiuta o li prepara per me
  - ☐ Non riesco a preparare i pasti da solo/a e non ricevo aiuto
- 8) Finisce sempre il pasto o le capita di lasciare del cibo nel piatto?
  - ☐ Sì, finisco sempre il cibo nel piatto
  - ☐ No, mi capita spesso di lasciare del cibo nel piatto
- 9) Ha bisogno di aiuto e assistenza per mangiare?
  - ☐ Ho bisogno di qualcuno che tagli il cibo per me, o che mi aiuti ad usare le posate o che mi imbocchi
  - ☐ Non ho bisogno di nessun tipo di aiuto per mangiare
- 10) Mangia altro prima di andare a dormire?
  - ☐ SI (fare degli esempi: \_\_\_\_\_)
  - ☐ NO

11) Le capita di mangiare spesso le stesse cose e variare poco la sua alimentazione?

- ☐ SI
- ☐ NO

12) Cucina e pensa al cibo in modo piacevole?

- ☐ SI
- ☐ NO

13) In che luogo mangia (cucina, camera da letto, giardino)? \_\_\_\_\_

14) In che posizione mangia (seduto a tavola, in piedi, sul divano, a letto)? \_\_\_\_\_

15) Solitamente mangia in compagnia?

- ☐ SI
- ☐ NO

16) Apparecchia la tavola per mangiare?

- ☐ Sempre
- ☐ Qualche volta
- ☐ Mai

17) Svolge qualche altra attività mentre mangia (ad esempio guardare la televisione, parlare al telefono, scrivere al cellulare)? \_\_\_\_\_

18) Si alza spesso durante i pasti e si interrompe mentre sta mangiando?

- ☐ SI
- ☐ NO

19) Solitamente, prima dei pasti principali (colazione, pranzo e cena), ha appetito?

- ☐ SI
- ☐ NO

20) Alla fine dei pasti, avverte il senso di sazietà?

- ☐ SI
- ☐ NO

21) Solitamente, quando acquista nuovi prodotti, legge le etichette e gli ingredienti sulla confezione?

- ☐ SI
- ☐ NO

22) Controlla le scadenze prima di acquistare i prodotti alimentari e successivamente a casa?

- ☐ SI
- ☐ NO

23) Quando acquista un prodotto alimentare è condizionato dalla marca, dal modo in cui è confezionato o dalla pubblicità?

- ☐ SI
- ☐ NO

### PARTE 3: ABITUDINI ALIMENTARI

- 1) Consuma spesso cibo in scatola, surgelato o pronto al consumo (come ad esempio salumi, formaggi, hamburger o pesce impanato confezionati)?
  - ☐ SI
  - ☐ NO
- 2) Ci sono dei cibi tra questi che NON le piace mangiare? (indicare soltanto i cibi che NON preferisce):
  - ☐ Pesce
  - ☐ Legumi
  - ☐ Uova
  - ☐ Carne
  - ☐ Formaggi
  - ☐ Frutta secca
  - ☐ Pasta e pane integrali (o altri cereali integrali)
  - ☐ Altro \_\_\_\_\_
- 3) Solitamente che metodo di cottura utilizza? (indicare anche più alternative)
  - ☐ Al vapore
  - ☐ Al forno
  - ☐ Alla griglia
  - ☐ Bollito
  - ☐ Fritto
  - ☐ Stufato
  - ☐ Altro \_\_\_\_\_
- 4) Quante volte a settimana utilizza condimenti grassi diversi dall'olio extravergine di oliva (ad esempio burro, margarina, panna, besciamella o altre salse come maionese, senape, ketchup)?
  - ☐ Non più di 1 volta a settimana
  - ☐ Più di 1 volta a settimana
- 5) Ha l'abitudine di consumare la verdura fresca tutti i giorni a pranzo e a cena? (una porzione corrisponde ad almeno 2 pugni di verdura cruda e 1 pugno di verdura cotta, pari a circa 200g):
  - ☐ Non consumo la verdura tutti i giorni
  - ☐ Consumo la verdura 1 volta al giorno, o a pranzo o a cena
  - ☐ Consumo la verdura 2 volte al giorno, sia a pranzo che a cena

- 6) Consuma almeno una porzione al giorno di verdura cruda (per esempio l'insalata)?
- ☐ SI
  - ☐ NO
- 7) Solitamente, quante volte a settimana consuma le patate o prodotti contenenti patate (es. gnocchi di patate)?
- ☐ Non più di 1 volta a settimana
  - ☐ Più di 1 volta a settimana
- 8) Quante porzioni di frutta fresca consuma al giorno? (una porzione di frutta corrisponde al pugno di una mano, come ad esempio 1 mela, 1 arancia, 2 kiwi, 2-3 albicocche, pari a circa 150g di frutta)
- ☐ Non consumo la frutta tutti i giorni
  - ☐ Consumo 1 porzione di frutta al giorno, tutti i giorni
  - ☐ Consumo 2 o più porzioni di frutta al giorno, tutti i giorni
- 9) Consuma tutti i giorni pasta, riso, mais o altri cereali come farro, quinoa, orzo?
- ☐ SI
  - ☐ NO
- 10) Consuma tutti i giorni pane o derivati del pane (ad esempio crackers e grissini)?
- ☐ SI
  - ☐ NO
- 11) Utilizza prodotti integrali come pasta, riso, pane o altri?
- ☐ No, non consumo regolarmente prodotti integrali
  - ☐ Sì, consumo prodotti integrali tutte le settimane
- 12) Quante volte a settimana consuma carne processata (ad esempio salsiccia, wurstel, pesce o pollo panati, affettati, compresi affettati magri come pollo e tacchino arrosto o bresaola)?
- ☐ Non più di 1 volta a settimana
  - ☐ Più di 1 volta a settimana
- 13) La carne che solitamente consuma ha grasso visibile?
- ☐ SI
  - ☐ NO
- 14) Quante volte a settimana consuma pesce in scatola (ad esempio tonno, sardine o altro)?
- ☐ Non più di 1 volta a settimana
  - ☐ Più di 1 volta a settimana

15) Quante volte a settimana consuma carne rossa (ad esempio maiale, manzo o altro)?

- ☐ Non più di 1 volta a settimana
- ☐ Più di 1 volta a settimana

16) Durante i pasti, oltre al secondo, ha l'abitudine di consumare formaggi?

- ☐ Sempre
- ☐ Qualche volta
- ☐ Mai

17) Quante porzioni di legumi consuma a settimana?

(una porzione corrisponde a 50g di legumi secchi e 150g di legumi in barattolo o freschi o surgelati)

- ☐ Non più di 3 porzioni a settimana
- ☐ Più di 3 porzioni a settimana

18) Quante porzioni di pesce o molluschi consuma a settimana?

(una porzione corrisponde a 100-150g di pesce o 200g di molluschi)

- ☐ Non più di 2 porzioni a settimana
- ☐ Più di 2 porzioni a settimana

19) Quante uova consuma a settimana?

- ☐ Non più di 1 uovo a settimana
- ☐ Più di 1 uovo a settimana

20) Le capita spesso di associare insieme due tipi di secondi (ad esempio uova e formaggio, carne e legumi)?

- ☐ Sempre
- ☐ Qualche volta
- ☐ Mai

21) Quante porzioni di frutta secca consuma a settimana?

(una porzione corrisponde a 30g, pari a circa 6-8 noci o 15-20 mandorle o nocciole)

- ☐ Più di 3 porzioni a settimana
- ☐ Meno di 3 porzioni a settimana

22) Consuma tutti i giorni latte o yogurt?

- ☐ SI
- ☐ NO

23) Quanta acqua beve durante una giornata?

- ☐ Meno di 1 litro e mezzo
- ☐ Più di 2 litri

24) Solitamente, beve soltanto quando avverte lo stimolo della sete?

- ☐ SI
- ☐ NO



25) Esclusi i succhi 100% frutta, quante volte a settimana beve bibite zuccherate o succhi di frutta?

- ☐ Nessuna o 1 volta settimana
- ☐ 2 o più volte a settimana

26) Le capita di utilizzare i succhi di frutta come alternativa alla frutta fresca?

- ☐ SI
- ☐ NO

27) Consuma vino o birra tutti i giorni?

- ☐ SI
- ☐ NO

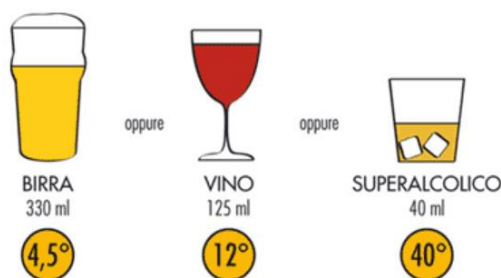
28) Consuma superalcolici (ad esempio grappa, amari o altro)?

- ☐ Nessuna o 1 volta a settimana
- ☐ 2 o più volte a settimana

29) Rispondere alla seguente domanda soltanto se ha risposto SI alle precedenti due domande.

Quante unità di vino, birra o superalcolici consuma al giorno?

(1 unità di birra corrisponde a 330 ml, 1 unità di vino corrisponde a 125 ml, 1 unità di superalcolico corrisponde a 40 ml)



- ☐ 1-2 unità (specificare cosa\_\_\_\_\_)
- ☐ 3 o più unità (specificare cosa\_\_\_\_\_)

30) Quante volte, durante la settimana, consuma dolci confezionati (ad esempio fette di torte, gelati, brioche, merendine, biscotti confezionati esclusi quelli usati per la colazione)?

- ☐ Nessuna o 1 volta a settimana
- ☐ 2 o più volte a settimana

31) Consuma abitualmente zucchero, fruttosio, miele o qualche altro dolcificante (ad esempio per zuccherare caffè, tè, tisane o altre bevande)?

- ☐ SI (specificare quale\_\_\_\_\_)
- ☐ NO

32) Quante volte, durante la settimana, consuma snack salati confezionati (ad esempio patatine, salatini o altro)?

- ☐ Nessuna o non più di 1 volta a settimana
- ☐ 2 o più volte a settimana

33) Utilizza regolarmente il sale iodato?

- ☐ SI
- ☐ NO

34) Solitamente, aggiunge altro sale a tavola alle pietanze?

- ☐ SI
- ☐ NO

35) È abituato ad utilizzare le spezie per condire per ridurre il sale?

- ☐ SI
- ☐ NO